



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
Campus Frederico Westphalen

ANEXO V

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO/PAGAMENTO/ NÃO RECEBIMENTO DE
PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que as declarações
contidas neste formulário correspondem à verdade e que eu,
_____, inscrito (a) no CPF nº
_____ e RG nº _____, residente na rua
_____, nº _____, bairro
_____, Cidade _____,

☐ recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____.

☐ pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ _____.

☐ não recebo pensão alimentícia.

E para que surtam efeitos legais e por ser verdade firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do declarante